Rok XXIX. Kraków, 22 Lutego 1890. Nr. 8.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81. Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

TREŚĆ: I. SROCZYŃSKI: Z kliniki okulistycznéj prof. Rydla w Krakowie. Przyczynek do znajomości i leczenia mięsaków przyrogówkowych (Sarcoma praecorneale) oka. — II. JASIŃSKI: Skolijozy powstające wskutek niektórych cierpień układu nerwowego i mięśniowego. (Dok.) — III. POMORSKI: Z kliniki prywatnéj chorób kobiecych A. Martina w Berlinie. Śródbłoniak jajnika. (C. d.) — IV. HARAJEWICZ: Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. Sprawozdanie za rok 1888. (C. d.) — V. *Oceny i sprawozdania. Bakteryjologija.* NEUMANN. — *Fizyjologija.* OPENCHOWSKI. — *Patologija.* CASPER. — SILBERMANN. — DOLLINGER. — *Farmakologija.* STILLER. — *Choroby nerwowe.* CHARCOT. — *Chirurgija.* KÖRTE. — *Choroby kobiece.* BLANC. — *Choroby oczne.* HIRSCHBERGER. — *Choroby uszne.* SIEBENMANN. — VI. *Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.* ORNSTEIN. — Okólnik. — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Z kliniki okulistycznéj prof. Rydia w Krakowie.

Przyczynek do znajomości i leczenia mięsaków przyrogówkowych (*Sarcoma praecorneale*) oka.

Podał
Dr. Franciszek Sroczyński,
asystent kliniki.

Nowotwory złośliwe nie należą do rzadkich zjawisk w patologii oka. Większa ich część wszelako bierze początek z naczyniówki i siatkówki, podczas gdy pierwotne nowotwory zewnętrznych części gałki, jak spojówki i rogówki, nierównie rzadziéj się wydarzają. I tak Dr. Noyes, autor jednéj z nowszych prac statystycznych w tym przedmiocie [1]) znajduje w protokółach *Newyork Eye and Ear Infirmary* z przedostatniego dziesiątka lat na 70.809 chorych na oczy zaledwie 25 nowotworów spojówki a trzy rogówki, w któréj to liczbie mieszczą się też dermoidy i inne niezłośliwe narośle. Z tem wszystkiem nie tyle dla względnéj rzadkości, ile raczéj dla nasuwających się uwag co do właściwości i leczenia tych przypadków, podaję do wiadomości dwa przypadki mięsaków rogówkowo-spojówkowych, które przed niespełna rokiem miałem sposobność spostrzegać w klinice prof. Rydla.

Przypadek I. Mięsak drobno-komórkowy biały. Wawrzyniec P., lat 60 liczący, wyrobnik z Mościsk, zgłosił się w połowie grudnia 1888 r. do kliniki okulistycznéj z powodu narośli na oku prawem, któréj pierwsze początki zauważył przed rokiem, a któréj powstanie przypisuje przypadkowemu uderzeniu się w okolicę tegoż oka. Wzrost téj narośli w ogólności powolny, w ostatnich dopiero miesiącach zrobił szybszy postęp. Przy badaniu lewego oka widać na granicy rogówki i twardówki przy wewnętrznym brzegu guz wielkości ziarna fasoli, sięgający z jednéj strony około 4 mm. w spojówkę, z drugiéj rozpościerający się 5 do 6 mm. na rogówkę tak, że w znacznéj części zasłania źrenicę. Barwa guza blado-różowa, powierzchnia malinowato nierówna; konsystencyja krucha tłómaczy łatwe broczenie już za lekkiem dotknięciem narośli. Przy bliższem badaniu znajdujemy, że nasada guza nie jest zrosła z rogówką, ale na kształt szypuły przytwierdzona częścią do rąbka (*limbus conj.*), częścią do 4 mm. wąskiego paska spojówki gałkowéj, podczas gdy cała część rogówkowa leży tylko luźnie na rogówce, dając się niemal do brzegu rogówki obejść sondą. Reszta spojówki tak gałkowéj, jak powiekowéj zupełnie prawidłowa. Okiem tem odpowiednio do przeszkody optycznéj liczy chory palce na 5·5 m. i czyta Nr. 17 prób Jaegera z + 5 D. Ogólny stan zdrowia zadowalający, gruczoły limfatyczne, przeduszny i szyjne nie zajęte.

Uwzględniając wiek chorego, rozpoznaliśmy przybłoniak (*epithelioma*), a wobec korzystnych warunków miejscowych, postanowiliśmy usunąć nowotwór z zachowaniem gałki. Dnia 17-go grudnia z. r. przy łaskawéj pomocy profesora Rydla, który mi ten przypadek powierzyć raczył, oddzieliłem po znieczuleniu kokainą nożykiem narośl od jéj podstawy, poczynając od strony rogówkowéj, przyczem usunąłem jeszcze 4 do 5 mm. szeroki pasek spojówki gałkowéj do koła nosowego brzegu wewnętrznego guza. Po odcięciu nowotworu przypaliłem nadto jeszcze jego podstawę dokładnie i dość głęboko galwanokauterem Sattlera, nachodząc nieco jeszcze na rogówkę przeźroczystą, któréj powierzchnia gładka okazywała, że nowotwór rzeczywiście w żadnym z nią nie pozostawał związku. Po zapuszczeniu atropiny i zaopatrzeniu antyseptycznem oka zastosowano na cienki pokład zwilżonéj sublimatem opaski krochmalnéj oziębiający przyrząd Leitera aż do ustąpienia zupełnego bólów, co też wnet nastąpiło. W dwa dni późniéj znalazłem przy zupełnym braku reakcyi jeszcze utrzymujący się strup po przypaleniu w okolicy brzegu rogówki na dowód, że przypalenie w miejscu najważniejszem odbyło się energicznie

W dniu wyjścia chorego z kliniki 30/12 było oko zupełnie blade, ubytek tylko w spojówce gałkowéj lekko zaróżowiony, o powierzchni jednak już gładkiéj. Rogówka w miejscu przypalenia okazywała delikatną plamkę, po za nią była zupełnie przeźroczystą. Ruchomość gałki prawidłowa. Dwuwidzenia nie ma. Wzrok podniósł się do 6/18 z + 1 D.; czytał J. 1 z + 5D.

Wynik badania mikroskopowego (Dr. Krokiewicz) był dla nas niespodzianką: mięsak drobno-komórkowy (*Sarcoma parvi-globo-cellulare*). Z bliższych szczegółów dodam tylko, że guz w znacznéj części swéj powierzchni pokryty był grubym pokładem kilkowarstwowego przybłonka spojówkowego, a sama masa nowotworu składała się ze zbitych i drobnych komórek limfoidalnych wśród skąpéj bardzo istoty międzykomórkowéj. Barwika ani w komórkach ani po za niemi wykazać nie można było, co też i prof. Browicz, który preparat łaskawie przejrzeć raczył, potwierdził. Guz nasz był zatem mięsakiem bia-

[1]) *Archiv für Augenheilk.* IX t.

łym, rozwijał się podprzybłonkowo i miał za punkt wyjścia rąbek spojówki.

Wobec takiéj natury guza, licząc się z możliwością recydywy poleciliśmy dalszą obserwacyję chorego Drowi Wolframowi w Mościskach, który w 3 miesiące późniéj doniósł nam łaskawie, że nie tylko śladu recydywy nie znalazł, ale i oko przedstawiało się „jakby nie operowane". Wedle ostatniéj wiadomości od samego chorego otrzymanéj 10/12 b. r., a więc w rok prawie po usunięciu guza, narośl wcale się nie odnowiła, a chory w ogólności czuje się zdrowym. O dwuwidzeniu lub zezie mimo umyślnego zapytania nic nie wie. Odmiennie przedstawiał się

Przypadek II. *Melanosarcoma corneae et conjunct. bulbi.* Matka Ostrowiecka, lat 60 licząca, izraelitka z N.-Miasta w Król. Pol., przed rokiem już spostrzegła czarniawą plamkę na oku prawem, z powodu któréj zasypywano jéj bez skutku „biały proszek". Gdy zaś w parę miesięcy późniéj sama zauważyła, że jéj „coś zasłania źrenicę", a zabiegi miejscowych znachorów nie pomogły, zgłosiła się 1 maja 1888 roku do kliniki okulistycznéj, gdzie stwierdziliśmy stan następujący: Prawe oko: Powieki bez zboczeń. Spojówka powiek nieco przekrwiona. W górno-wewnętrznéj ćwierci rogówki od jéj brzegu aż do środka znajduje się narośl barwy bladoróżowéj o powierzchni guzowatéj, wielkości ziarna grochu cukrowego. Naczynia ze spojówki gałkowéj przechodzą wprost na narośl zrośniętą szeroką podstawą ściśle z rogówką. W odległości 10—12 mm. od górnego brzegu rogówki wyrasta ze spojówki gałkowéj tuż przy samym załamku odrębna płaska narośl, ciemno-brunatno zabarwiona, około 18—20 mm. długa, a 5—6 mm. szeroka. Wzrok upośledzony do liczenia palców na 2 metry. Odżywienie mierne. Gruczoły karkowe i przyuszny nie zajęte. W reszcie narządów żadnych zboczeń wykazać nie można. Rozpoznanie *melanosarcoma* wątpliwości ulegać nie mogło. Uwzględniając ścisłe połączenie nowotworu z połową rogówki, jak nie mniéj rozległy i rozlany naciek nowotworowy w spojówce gałkowéj nie można było łudzić się nadzieją utrzymania oka i wzroku po doszczętnem usunięciu obu narośli. Dlatego też dnia 6/5 wyłuszczył prof. Rydel oko wyciąwszy przed samem wyłuszczeniem razem z ogniskiem nowotworowem na spojówce cały załamek z częścią górnego brzegu chrząstki powiekowéj. Chora opuściła zakład w 10 dni po wyłuszczeniu z raną dobrze zgojoną i z miernem tylko skróceniem worka spojówkowego.

Badanie mikroskopowe potwierdziło rozpoznanie. Z preparatu nadesłanego mi łaskawie przez Dra Krokiewicza okazuje się, że nowotwór, podobnie jak w powyższym przypadku, rozwijał się również pod przybłonkiem, przynajmniéj brzegi guza pokryte były jeszcze kilkowarstwowym przybłonkiem rogówki. Błony Bowmana nigdzie odróżnić nie było można, jéj miejsce zaś zajmowała nowo-wytworzona tkanka drobnokomórkowa wśród obfitego pokładu naczyń nowowytworzonych; na téj to unaczynionéj podstawie leży właściwy naciek nowotworowy, złożony z komórek okrągłych, nieco większych niż wspomniane i przeważnie bezbarwikowych. Barwik w skąpéj bardzo ilości znajduje się w kilku zaledwie miejscach, co odpowiada zupełnie makroskopowemu wejrzeniu (guzek ciemno-brunatny ze spojówki zaginął). Co jednak najważniejsze, to, że naciek komórek mięsakowych odgranicza się liniją zupełnie ostrą od tkaniny rogówkowéj, która pomijając zniszczenie błonki szklistéj, okazała się zresztą nietkniętą. (Dok. n.).

II. Skolijozy powstające wskutek niektórych cierpień układu nerwowego i mięśniowego.

Przez

R. Jasińskiego,

chirurga warszawskiego szpitala dla dzieci.

(Rzecz czytana na Zjeździe chirurgów w Krakowie w październiku 1889).

(Dokończenie. Patrz Nr. 7).

Scoliosis e chorea chronica.

Josek Kierkut z Ciechanowa, lat 12 liczący, od 4 lat jest chory. Dawniéj był zdrów zupełnie, prosty i kształtny. Cierpienie zaczęło się od bardzo wolnych ruchów lewą kończyną górną, nieznacznych, ograniczających się wyłącznie do téj kończyny. Powoli wzmagały się one i przeszły na twarz. W kończynach dolnych nigdy ich nie było. Skurcze te zjawiają się napadami, lecz i w przerwach między temi ostatniemi pewne grupy mięśni znajdują się w stanie napięcia, co nadaje torsowi i kończynom górnym szczególną postać powykrzywianą. Przez $4\frac{1}{2}$ lat nie ustało to ani na chwilę. O przyczynie nic nie wiadomo, rodzice i rodzeństwo zdrowi.

Czucie na wszystkie bodźce, zmysł mięśniowy, odruchy ścięgniste wszędzie prawidłowe, jak równie pobudliwość mechaniczna mięśni. Ruchy bierne w kończynach górnych niektóre bardzo utrudnione, prawie niemożliwe, a to z powodu przeszkadzających ruchów mimowolnych. Ruchy czynne z tego samego powodu nieraz niemożliwe, a zawsze bardzo trudne do wykonania. W dolnych i te i drugie prawidłowe.

Najczęściéj w kończynie lewéj występuje skurcz: *mm. biceps, brachialis internus* i *flexor carpi ulnaris*, ruch ksobny maksymalny palucha i paluszka, skurcz *m. palmaris brevis* i lekki skurcz zginaczy palców wspólnych. Ruchów antagonistycznych nie widać, kończyna górna prawa odwrotnie dotkniętą jest ciągle skurczem *m. tricipitis*, który od czasu do czasu zniesiony bywa przez skurcz m. dwugłowego (zginanie bierne bardzo utrudnione). Daléj idzie skurcz *m. extensoris carpi ulnaris*. Wszystkie palce, oprócz palucha i wskaziciela ciągle wyprostowane.

Na szyi ciągły skurcz lewego mięśnia mostko-obojczykowo-sutkowego i to tylko pęczka mostkowego. Wskutek tego głowa jest obrócona na prawo, broda skierowana do góry, a wyrostek sutkowy lewy posunięty ku przodowi i zbliżony do mostka.

Łopatka lewa bardzo zbliżona do kręgosłupa, dolny kąt więcéj niż górny, wewnętrzny brzeg wskutek tego idzie ukośnie z góry i z zewnątrz na dół i na wewnątrz. Dolny kąt mocno odstaje od żeber (jak przy porażeniu mięśnia zębatego wielkiego), porażeń jednak nie ma żadnych, gdyż chory jest w stanie wykonywać mięśniami łopatkowemi i barkiem bez wyjątku wszystkie ruchy.

Łopatka prawa trochę mniéj przysunięta do linii środkowéj, stoi bardziéj pionowo niż lewa, odstaje od żeber, lecz mniéj niż lewa.

Cały tułów przekrzywiony w 2 kierunkach: 1) z boku na bok i 2) z przodu ku tyłowi.

Część lędźwiowa i krzyżowa kręgosłupa wraz z miednicą tworzą z górną jego częścią prawie kąt prosty. Ztąd ogromna lordoza. Przytem znaczna skolijoza szyjowo-grzbietowa prawa i kompensacyjna lędźwiowa lewa.

Podczas snu znikają skurcze. Skolijoza istnieje choć w mniejszym stopniu. W dalsze szczegóły wdawać się nie będę, muszę tylko na tem miejscu podziękować kol. Czajkiewiczowi za wezwanie mnie do swego oddziału szpitalnego, gdzie ten niezwykle interesujący chory się znajdował.

Scoliosis ex dystrophia musculorum progressiva.

Mordka Z., 16 lat. Przed laty 5 zwrócono uwagę na utratę sił (u 11-letniego chłopca) i niezwykłe chudnienie obu kończyn górnych. Chudnienie to rozpoczęło się od skolijozy barków i zstępowało coraz niżéj bardzo powolnie. Poprzednio zawsze był zdrów. Ojciec jego od lat 15 choruje na „to samo". kończyny górne jednak ma zdrowe, chudną mu tylko kończyny dolne i tułów. Matka i rodzeństwo zdrowe. Onanizmowi się nigdy nie oddawał, o przyczynie choroby nic a nic nie wie. W płucach i sercu zmian żadnych nie wykryto. Narządy jamy brzusznéj nie przedstawiają zmian wykryć się dających. Wszystkie nerwy czaszkowe sprawiają się prawidłowo. Rysy twarzy nic chorobliwego nie zdradzają, sensorium, sprawność pęcherza moczowego i kiszki stolcowéj zwykłe. Odruchy kolanowe i brzuszne dość żywe. Gruczoły chłonne pachwinowe nieco powiększone, a gruczoły udowe z obu stron wielkości małych śliwek. Wrażenie czucia na wszelkiego rodzaju bodźce na całem ciele prawidłowe.

Kończyny górne przedstawiają bardzo ważne i charakterystyczne zmiany, a mianowicie: Widocznym jest zanik wszystkich mięśni ramienia, wskutek czego n. p. zginanie w łokciu możliwem jest tylko w bardzo słabym stopniu, a wyprostowanie możliwe tylko przy pronacyi (działaniem *supinator longus*). Wskutek zaniku m. naramiennego (*deltoideus*), który podnosi abdukowane ramię do linii pozioméj, ruch ten jest niemożliwy. Widocznym

jest dalej zanik: mm. piersiowego wielkiego i mniejszego, mm. kapturowych i mostko obojczykowo-sutkowych. Ten ostatni przedstawia się ze strony lewéj już jako jeden tylko wąziutki paseczek, pęczek mostkowy, a po stronie prawéj jeszcze nieco mniéj zanikły złożony jest z dwóch oddzielnych pasemek, funkcyionujących bardzo słabo.

Wskutek zaników mięśniowych kształty zewnętrzne klatki piersiowéj bardzo się zmieniły. Oba stawy mostkoobojczykowe wystają tak na szkielecie odpreparowanym, pod niemi widać 2 głębokie doły. Doły Morenheima wcale nie istnieją. Patrząc daléj z przodu na chorego widzimy ponad barkami i obojczykami (z obu stron) zupełnie niezwykłe wyniosłości: są to górne kąty i grzebienie obu łopatek, oraz akromijalne końce obojczyków. *Processus sternalis claviculae*, o których wystawaniu już mówiliśmy, są bezwarunkowo bardzo znacznie powiększone, z zachowaniem prawie zupełnem swego kształtu (*hypertrophia*), a stawy są tak rozszerzone i rozluźnione, że przy podrzucaniu ramienia odsiebnem można wygodnie między końce stawowe obojczyka i mostka pomieścić mały palec. Objaśnienie téj zmiany łatwe. Zanikły najpierw mięśnie wokoło stawu ramieniowego, wyręczały je te, które bark wraz z łopatką i zewnętrznym końcem obojczyka dźwigają, staw więc mostko-obojczykowy wyszlifował się nienormalnie. Z „zetknięcia siodełkowatego“ *(Diarthrosis par emboitement reciproque)* dorósł do wartości dużego stawu „kłykciowego“ (*Diarthrosis, condylarthrosis*), jak n. p. staw żuchwowo-skroniowy. Przedramiona i dłonie żadnych zmian chorobowych nie przedstawiają i przez to rażąco nieproporcyjonalnemi się wydają.

Klatka piersiowa przyjęła kształt beczkowaty, jak przy silnych postaciach rozedmy. Prawa połowa wydaje się mniéj pojemną i krótszą, jak gdyby pokrywająca ją muskulatura była mniéj zanikłą. Oddech spokojny, łatwy, jednakowy z obu stron. Mięśnie międzyżebrowe sprawiają się prawidłowo. Odruchy mięśni trójgłowiastych i dwugłowych ramienia zniesione zupełnie. Odruchy mięśni przedramieniowych normalne i wyraźne.

Spojrzawszy z tyłu lub z boku na chorego widzimy co następuje:

Położenie łopatek znacznie zmienione, odstają one silnie od tylnéj ściany klatki piersiowéj, a szczególniéj kąty dolne. Nadzwyczajnie też oddalone są od kręgosłupa i to prawa znacznie więcéj niż lewa (o 2 do 3 ctm.). W profilu widać, że kąt górny łopatek jest bliżéj klatki piersiowéj, niż kąt dolny, mocno odstający i daléj od kręgosłupa tak, że brzeg wewnętrzny łopatek zmienił swój kierunek, bo zmierza od góry i od zewnątrz na dół i na wewnątrz. Widocznym tedy jest zanik mięśni zębatych przednich wielkich (*musculi serrati antici majores*): z prawéj strony więcéj, niż z lewéj.

Musculi rhomboidei et levatores anguli scapulae także w stanie zaniku znacznego, jakkolwiek nie całkowitego. Chory jest w stanie więcéj przybliżyć łopatkę z lewéj strony niż z prawéj do kręgosłupa. Mięśnie wyprostne kręgosłupa także do pewnego stopnia zanikły, przez co wszystkie wyrostki cierniste są bardzo wydatne i powstała silna lordoza piersiowa (zamiast normalnéj kyfozy), oraz kompensacyjna *kyphosis cervicalis et lumbalis*. Oprócz tego pojawiła się wyraźna skolijoza z wypukłością: szyjową lewą, grzbietową prawą i największą lędźwiową lewą.

Chory chodzi dobrze, nie męczy się i nieźle trzyma tułów oraz głowę. Największe zaniki, bo prawie całkowite, dotyczą mięśni ramienia i mięśni piersiowych.

Reakcyi zwyrodnienia w mięśniach niema, pobudliwość elektryczna w mm. zanikłych zupełnie zniesiona, a w zdrowych zmniejszona.

Na całej skórze *prurigo*, a na obu łydkach *impetigo* od drapania.

Powierzchnie wyprostne większych stawów sine. Zmian troficznych w paznogciach i włosach niema.

Chory pomieszczony został w szpitalu Żydowskim w oddziale kol. Gajkiewicza, który ze zwykłą sobie koleżeńską życzliwością niejednokrotnie pozwalał mi go badać i własnych notatek użyczył.

Dnia 5 stycznia za zgodą chorego, po zastrzyknięciu podskórnem kokainy, wyciąłem mu dla zbadania 2 kawałki zanikłych mięśni, mianowicie 1 z m. naramiennego, a drugi z mięśnia trójgłowiastego po stronie lewéj. Rany zaszyłem, zgoiły się też doraźnie.

Rozpoznanie brzmiało „*dystrophia musculorum progressiva*“ w formie przez Erba opisanéj.

Widzieliśmy też z Gajkiewiczem drugiego chorego z tem cierpieniem. (Przedstawienie odpowiednich fotogramów).

Skrawki mięśniowe oddane zostały kol. Elsenbergowi, który w warszawskim szpitalu starozakonnych zawiaduje pracownią, przeznaczoną do badań patologicznych.

Rezultaty badań tego ostatniego stwierdziły w zupełności nasze rozpoznanie [1]).

Na preparatach tych widać, że włókna mięsne są bardzo wyraźnie poprzecznie, a szczególniéj podłużnie prążkowane, następnie zaczynają rozdzielać się na pojedyncze pierwotne włókieneczka podłużne (*Primitivfibrillen*), przez co każde włókno zajmuje w tym okresie daleko więcéj miejsca. W koło nich widać silne nacieczenie komórkami limfoidalnemi, okrągłemi, wydłużonemi i wreszcie dużo komórek wrzecionowatych młodej tkanki łącznéj. Nacieczenie widać szczególniéj dokoła naczyń krwionośnych, których *adventitia* wydaje się mocno zgrubiałą, a światło zwężonem. Włókna mięsne w miarę postępu sprawy przy zabarwianiu pikrokarminem barwią się karminem (kwasem pikrynowym słabo); widać coraz więcéj porozdzielanych zupełnie i nieco spiralnie pofalowanych włókienek, a z drugiéj strony coraz to większą ilość nowoutworzonych dużych komórek tłuszczowych.

Widzimy więc ztąd, że w samych włóknach mięśniowych żadnych zmian miąższowych znaleźć nie można było. Widać w nich zmiany takie, jakie zwykle zdarzają się przy początku zwykłéj zgorzeli. Preparaty te pozwalają przypuszczać, że najpierw mamy tu do czynienia z cierpieniem naczyń krwionośnych: *periarteriitis*. Nacieczenie wokoło najdrobniejszych nawet naczyń i tworzenie się nowéj tkanki łącznéj jest przyczyną tak znacznego zwężenia ich światła, że odżywianie pęczków mięśniowych upada zupełnie; dzielą się tedy one, czyli rozpadają na odrębne włókieneczka i wreszcie tkanka mięsna zanika zupełnie. W miarę jak sprawa ta postępuje, wytwarza się coraz to większa ilość tkanki tłuszczowéj, czy to przez nacieczenie tkanki łącznéj *ex vacuo*, czy też na drodze przemiany wstecznéj komórek tejże tkanki.

Z przypadku tego przekonałem się, że kolejno po sobie następujące, niezupełnie symetryczne zaniki mięśni mogą także spowodować u rosnącego osobnika skrzywienie kręgosłupa, wśród których niepoślednią rolę gra skrzywienie boczne.

III. Z kliniki prywatnéj chorób kobiecych A. Martina w Berlinie.

Śródbłoniak jajnika.

Skreślił

Dr. J. Pomorski

asystent kliniki A. Martina.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3.)

Rezultat badania drobnowidowego, jako też wejrzenie makroskopowe były tak podobne do utkania rakowego, iż po tem świeżem poszukiwaniu rozpoznałem zrakowaciałego skórzaka [2]). Rozpoznanie to jednak mnie nie zadowoliło; dla tego zabrałem się po dokładnem stwardnieniu nowotworu do powtórnego badania.

Przy świeżem badaniu widziałem wprawdzie oczka podobne do tych, jakie zdarzają się w utkaniu rakowem, zastanowiło mnie jednakże, iż komórki nie leżą tuż obok siebie i nie wypełniają oczek, jak się to dziać zwykło w rakach, lecz tworzą w oczku małe grupki, a pomiędzy pojedynczemi komórkami znajdują się jakieś niezrozumiałe dla mnie wrzecionowate ciałka, które przedewszystkiem w stanie zabarwionym bardzo dobitnie się od właściwych komórek odróżniają. Pomiędzy grupkami leżały także rozprószone płaskie, kolankowe, wrzecionowate komórki, albo bardzo delikatne wrze-

---

[1]) Przywiozłem te preparaty przez Elsenberga przygotowane i przedstawiałem je Zjazdowi.

[2]) Z tą dyjagnozą przedstawiłem nowotwór na posiedzeniu towarzystwa ginekologicznego w Berlinie d. 8-go Lutego 1889 r.

cionka, skręcone na kształt sierpa i zaopatrzone w zgięciu w małe, nad powierzchnią wystające jąderka. Znowu występowały na widownię mniejsze, albo też bardzo wielkie okrągłe lub wieloboczne komórki olbrzymie z ogromną ilością jąder. Tu i owdzie leżały w oczkach całe wiązki równolegle do siebie ułożonych włókienek, a względnie wrzecionek, pomiędzy pojedynczemi włókienkami zaś okrągłe, małe komóreczki, ułożone na kształt sznurów perełkowych Zdawało się, jakoby ostatnie nie należały do treści oczek, lecz oderwały się przypadkowo od sąsiedniéj tkanki nadzwyczaj obficie w małe komórki uposażonéj. Na obwodzie oczka znajdowały się grube wrzeciona, które miały charakter więcéj łączno-tkankowy, ułożone były współśrodkowo do obwodu, w innych miejscach znowu pionowo. We wielu oczkach były komórki obwodowe zupełnie cylindryczne, a w miejscach, gdzie zwyrodnienie nowotworu już daléj postąpiło, gdzie już i okoliczna tkanka łączna z powodu śluzowego przeistoczenia była napęczniała, tam zlepiały się komórki wielkie, płaskie, nabłonkowate, jednakże bez dobrze rozpoznać się dającego jądra, w bryły kuliste, uwarstwione na kształt cebuli, albo na kształt perełek rakowych. Takowe nie przyjmowały barwików w tym stopniu, jak to czyniły obwodowe komórki, zaopatrzone jeszcze bez wyjątku we wyraziste jądro.

Było więc w treści oczka coś nadzwyczajnego: bardzo podobne do treści oczek rakowych, ale może jeszcze więcéj do układu mięsaków, komórki bowiem wrzecionowate i olbrzymie przemawiały bardzo za pierwiastkami mięsakowemi. Ostatnie zdawało się nawet być najprawdopodobniejszem, skoro na brzegu oczek nie było ścisłéj, pewnéj granicy pomiędzy podścieliskiem a miąższem komórkowym, jak to widzimy u raków; owszem, nawet komórki wrzecionowate tak się stykały z sąsiednią, nader bogatą w komórki tkanką łączną, iż nie było można wcale wątpić, że komórki te, czy wrzecionowate, czy cylindrowe, musiały koniecznie powstać z tkanki łącznéj. Z powodu tego też poszukiwałem stałych zbitych miejsc ściany skórzaka, takich, gdzie jeszcze nie było zwyrodnienia i gdzie przeważała zbita tkanka łączna.

Tu zachodziły grube, przeplatające się włókna łącznotkankowe, pozostawiając pomiędzy sobą małe, podługowate szczeliny i otwory (Fig. 1). Jedne z nich nie posiadały żadnéj zawartości, inne miały na brzegu małą komórkę, w któréj, szczególniéj przy zabarwieniu, uwydatniało się okrągłe, ostro nacechowane jądro.

W niektórych jednakowoż szparach odnaleźć było można regularny pokład śródbłonkowy.

Komórki zdawały się być w stanie bardzo czynnym; oprócz nich bowiem spotykać można było tu i owdzie małe jąderka. Ostatnie zwiększały się, rosły, przybierały bladą, dosyć szeroką, protoplasmatyczną otoczkę i występowały już teraz jako komórki, które dokładnie od jąder małych rozróżnić było można. Nowe komórki gromadziły się po 3, 4 we wrzecionowatych szczelinach w kształcie sznura perełek (Fig. 1). Jak najdokładniéj więc można tu było przyglądać się procesom dzielenia się komórek.

Im liczniéj występują nowe komórki, tem więcéj zapełniają się niemi, a nawet rozszerzają szpary limfatyczne — w ten sposób powstają oczkowate, okrągłe, kolbiaste, torebkowate przestwory, zapełnione komórkami (Fig. 1).

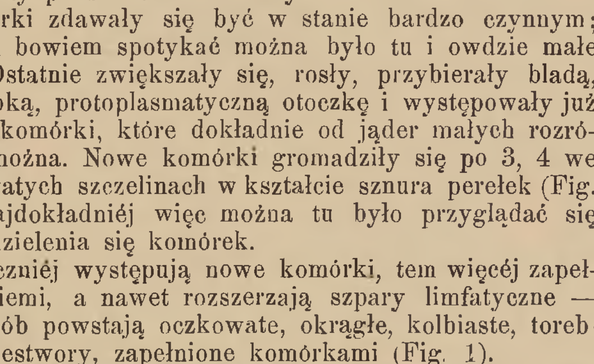


Fig. 1.

Ale i tkanka łączna nie pozostaje w tyle po za przeistoczeniem się szczelin limfatycznych. Twarde, równoległe wiązki włókien muszą się rozsuwać z powodu powstających pomiędzy niemi oczek. Grube belki włókien muszą się rozwłókniać, gdyż wszędzie wciskają się pomiędzy delikatne włókna nowo powstałe komórki.

Wytwarza się delikatna pajęczyna (Fig. 2), któréj siatka

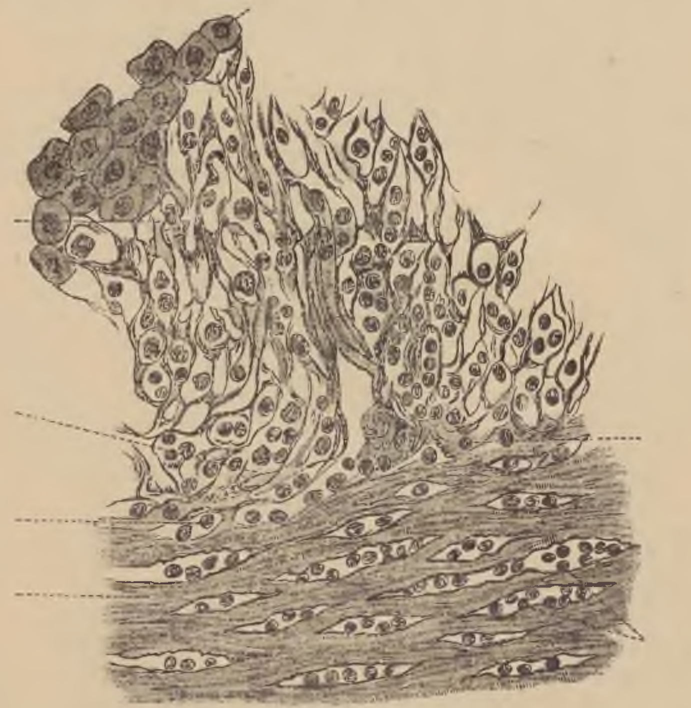


Fig. 2.

powstaje z włókienek, a względnie z dotykających się wyrostkami ostremi wrzecionek, któréj oczka zajmują nowo powstałe komórki. (Dok. nast.).

IV. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Sprawozdanie za rok 1888.

Podał
Dr. W. Harajewicz,
sekundaryjusz tego oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

Na oddziale chorób niewieścich pozostało z roku 1886-go chorych 11, przybyło w r. 1887 115, czyli razem było leczonych 126. Z tych opuściło szpital zdrowych 70, z polepszeniem zdrowia 28, nieuleczonych 8, przeniesiono na inne oddziały 4, umarło 4.

Z chorych przeniesionych 2 odesłano na oddział chorób wewn., t. j. jedne z powodu *Pneumonia catarrh.* mylnie na oddział ginekologiczny zakwalifikowano, drugą z *Febris typhoidalis*, która na oddziale III z powodu *Endometritis cervicalis* leczona, tamże zaczęła okazywać objawy choroby infekcyjnéj.

Jedna chora leczona na *Catarrhus uteri* w połączeniu z histeryją przeniesioną została na oddział chorób umysłowych, gdy objawy nerwowe zaczęły już przybierać charakter zboczenia umysłowego, na tle hysteryi powstałego.

Czwarta wreszcie chora przyjęta z rozpoznaniem *Vaginitis* odesłaną została na odd. chorób wenerycznych, gdy badanie wykazało zapalenie błony śluzowéj pochwy i cewki moczowéj natury rzeżączkowéj. Z 4 zmarłych uległo 3 charłactwu rakowemu, jedna zaś umarła z powodu posocznicy.

Chora ta przyniesiona na oddział d. 5/4 1887 r. już bezprzytomna, miała według wywiadów odbyć poród prawidłowy przed kilku tygodniami na wsi. Przywieziona do szpitala z gorączką przyjętą została na odd. chorób wewn., zkąd jednak po skonstantowaniu rozległego wrzodu po pęknięciu międzykrocza odesłaną została oddziałowi chirurgicznych chorób, a ztąd dopiero po kilku dniach transportowano ją już bezprzytomną zupełnie na oddział III ginekologiczny. Tutaj w 6 godzin po przyjęciu umarła. Za życia rozpoznano: *Moribunda, Septicaemia.*

Nazajutrz wykonana sekcyja wykazała: „*Ruptura perinaei. Vaginitis diphtheritica insignis. Atrophia uteri ex involutione incompleta. Nephritis apostematosa insignis ambilateralis. Pyelitis purul. Tumor lienis acutus. Degeneratio*

adiposa hepatis et musculi cordis. Pneumonia interstitialis suppurativa lobi intimi pulmonis dextri. Oedema subacutum pulmonum. Adhaesiones pleuriticae sin. diffusae. Oedema cerebri. Marasmus. Catarrhus ventriculi chronicus."

Przypadek na pozór nic przedstawiający nic osobliwszego, zasługuje jednak na wzmiankę ze względu na ważność i straszne następstwa owrzodzeń powstałych na tle pęknięcia międzykrocza u rodzących. Nieprawidłowość ta, względnie tak często napotykana i leczona, nabiera wielkiego znaczenia i niebezpieczeństwem grozi, gdy pozostawiona saméj sobie, skutkiem zakażenia rany z zewnątrz pochodzącego, staje się nieraz wprost zgubną dla organizmu.

Do przypadku tego nawiązując obserwowane pęknięcia międzykrocza podczas porodów na oddz. położniczym, muszę kilka uwag dodać co do skutków, jakie z leczenia otrzymałem. Pęknięć wszystkich było 16. Z tych 3 zupełne z oszczędzeniem zdziergacza zewnętrznego, jeden z przerwaniem tegoż, a 12 niezupełnych, w paru tylko przypadkach do połowy międzykrocza sięgających. Małe tedy i niezupełne nadpęknięcia zespajałem desinfekcyjonowanemi dokładnie serresfinami i oprócz 2 we wszystkich przypadkach zagojenie przez rychłozrost otrzymałem.

W pęknięciach zaś zupełnych dwa razy zszywałem międzykrocze jedwabnemi szwami węzełkowemi, głębokiemi i powierzchownemi, dwa razy zaś szwem katgutowym piętrowym. I o ile tego ostatniego postępowania rezultat był bardzo pomyślnym, gdyż zagojenie łatwo i szybko nastąpiło, o tyle zeszycie jedwabiem okazało się mniéj praktycznem. Jedwab bowiem jako materyjał mało podatny zawsze tkankę przerzynał, gdy katgut podatniejszy dostatecznie silnie i pewnie utrzymywał brzegi rany w spojeniu.

Rzecz to wszakże zupełnie naturalna, gdyż zachowanie się okolicy pęknięcia jako rany częścią gniecionéj, częścią dartéj, jest zupełnie innem od zachowania się ran ciętych, a dodawszy do tego znaczne rozpulchnienie i zwiotczenie tkaniny ciążą i porodem wywołane, otrzymamy stosunki, w których użyty niepodatny materyjał, jak jedwab, zadania swego nie spełni należycie, gdy katgut w zupełności celowi odpowiada.

Rok 1888.

Sprawozdanie z roku ubiegłego skończywszy na oddziale ginekologicznym, rozpoczynam niniejsze od tego samego oddziału dla ciągłości i dla zestawienia zbyt na jeden rok szczupłego materyjału.

W ogóle i w tym okresie nie mam wiele ważnych szczegółów do zanotowania, parę z nich wszakże na wzmiankę zasługuje. Statystyka ogólna wynosi: z roku 1887 pozostało chorych 12, w roku 1888 przybyło chorych 107; razem 119. Z tych opuściło szpital uleczonych 72, z polepszeniem 18, nieuleczonych 21, umarła 1; pozostało zatem na rok następny 18.

Operacyj ogółem wykonano 7, a mianowicie:

1) *Exstirpatio uteri per vaginam* z powodu raka macicy. Wyleczona.

2) *Fistulorrhaphia* 2 razy. Raz z powodu przetoki pęcherzowo pochwowéj. Chora ta z powodu rozejścia się szwów odesłaną została do kliniki ginekolog. w celu wykonania powtórnéj operacyi. Drugi raz zaś dla przetoki cewkowo-pochwowéj. W przypadku tym również parę szwów się rozluźniło, skutkiem czego tylko górna część szczelinowatéj przetoki zrosła się, dolna zaś nie. Chora ta ze znacznem polepszeniem opuściła zakład, gdyż utrzymywanie moczu było łatwiejszem, przez co i okolica zewnętrznych części rodnych mniéj była narażoną na ciągłe drażnienie odpływającym moczem.

3) *Torsio polipi fibrosi uteri.* Polyp ten wielkości orzecha włoskiego na długiéj a cienkiéj szypule z przedniéj ściany macicy opuścił się do szyjki i też rozciągał, wywołując równocześnie krwotoki. Uchwycony w szczypce Museauxa łatwo dał się odkręcić, ale wydobycie go przez mało rozwarte ujście zew. było trudnem. Tak, iż dopiero po zmniejszeniu objętości guza można go było swobodnie wydobyć. Chora opuściła zakład wyleczona.

4) *Hysterostomatomia* wykonana przyrządem Greenhalgha miała na celu ułatwienie dostępu do szyji i jamy macicy w celu leczenia *endometritis*. Chorą jako wyleczoną wypisano.

5) *Oncotomia* wykonaną została u choréj R. R. z powodu ropnia, który wytworzył się wśród wysięku omacicznego po stronie lewéj. Ponieważ chora ta równocześnie okazywała objawy nacieku specyficznego w obu szczytach płuc, przeto przypuszczałem, że i powstanie tego ropnia odnieść należy do organicznéj choroby. Istotnie ropa wypuszczona w ilości około $^1/_2$ litra była rzadką, więcéj żółtą, mało cuchnącą. Po operacyi zaś bardzo szybko stan sił ogólny się poprawił, a zmiany w płucach także coraz słabsze objawy dawały. Po 3 tygodniach operowana opuściła w dobrym stanie zakład. W szczytach pozostało tylko przytłumienie z zaostrzeniem szmerów oddechowych, a z exsudatu można było tylko zgrubienie tkaniny w sklepieniu lewem wybadać.

6) *Punctio abdominis* z powodu nagromadzenia znacznéj ilości płynu przesączynowego w jamie otrzewnowéj, a sprawiającego już objawy groźne z powodu ucisku na płuca znacznego i podniesienia ku górze przepony. *Ascites* wywołany został przez obrzęk wielki, z prawego prawdopodobnie jajnika wychodzący, *kystoma multiloculare ovarii probab. dextri*, które wypełniając w znacznéj części miednicę małą, a sięgając po stronie prawéj wyżéj pępka, uciskało naczynia krwionośne w jamie brzusznéj przebiegające. O doszczętnéj operacyi mowy nawet nie było z powodu rozlicznych i obszernych zrostów do ścian miednicy, które obrzęk ten do całéj okolicy przyczepiony unieruchomiały.

Wracając jeszcze do operacyi pod l. 1 zanotowanéj, nadmienić muszę o niéj kilka szczegółów.

F. Ż. l. 35 licząca, była już dwukrotnie operowaną w szpitalu przez prof. Madurowicza z powodu *Carcinoma labii posterioris*. Po raz pierwszy d. 28/5 1887 r. wykonaną została amputacyja tylnéj wargi i przypalenie przyrządem Pacquelina. Drugi raz w listopadzie tegoż samego roku musiała być wyskrobaną wewn. powierzchnia wargi przedniéj i część tylnéj ściany *cervix* z powodu wybujałości rakowatych, wywołujących częste krwawienia. W miesiąc po téj operacyi, gdy cała powierzchnia ranna pokryła się prawidłową ziarniną i nigdzie nowych zmian nowotworowych nie można było stwierdzić, wypisano operowaną jako uleczoną.

W styczniu jednak 1888 r. zgłosiła się chora po raz trzeci z powodu bólów, jakich doznawała w krzyżach i udzie prawem i upławów z krwią zmieszanych. Badanie wykazało, że osoba dawniéj dobrze odżywiona i czerstwo wyglądająca schudła znacznie, a cera przybrała nieco ziemiste zabarwienie. Organa kl. piers. nie przedstawiają zboczeń, w brzuchu zaś oprócz zwiększonego oporu w prawem *parametrium* nic nieprawidłowego nie było. Gruczoły w pachwinach niewyraźnie powiększone. Badanie wewnętrzne wykazało brak wargi tylnéj, natomiast ubytek tkaniny w dalszym ciągu części pochwowéj, który spowodował znaczne jéj w tem miejscu ścieńczenie. Warga przednia wydłużona posiadała od powierzchni wewnętrznéj również ubytek tkaniny, łączący się z ubytkiem od tyłu tak, iż razem tworzyły krater obszerny, który ku górze się zwężał, a dosięgał szczytem ujścia wewn. Cała powierzchnia tego krateru była nierówną, guzkowatą, łatwo krwawiącą. Sklepienia wolne z wyjątkiem prawego, w którem dawał się wyczuć opór i zgrubienie z nacieku nowotworowego w *parametrium* prawem. Macica mało ruchoma, nieco powiększona. Prof. Madurowicz wśród takich warunków, z obawy szybkiéj recydywy, nie chciał wykonać wyjęcia macicy pochwą. Przez chorą zaproszony prof. Rydygier wykonał na oddziale operacyję wyjęcia macicy przez pochwę d. 21/1 1888 r. Wśród operacyi typowéj metodą Czernego nic nie zaszło osobliwego. Sprawdzono tylko, że nowotwór zniszczył znacznie część pochwową i zajął naciekiem swoim okolicę omaciczną prawą. Przebieg po operacyi był bardzo pomyślnym, nie można było nigdy stwierdzić nowych nacieków lub zmian rakowatych, a operowana li tylko z powodu znaczniejszego osłabienia musiała być pielęgnowaną na oddziale aż do 19/3 1888 r., w którym to dniu pojechała do domu.

Szczęśliwie dokonana operacyja mimo podejrzanych zboczeń w parametriach rokowała pewne nadzieje, przynajmniéj co do przedłużenia życia na większy okres czasu. Dowiedziałem się wszakże późniéj prywatnie, że pacyjentka umarła w $^1/_2$ roku po operacyi z powodu wielkich zmian nowotworowych miejscowo i w organizmie całym usadowionych.

Frekwencyja chorych była ogółem wziąwszy, mniejszą, aniżeli roku ubiegłego, jednakże rezultaty leczenia, jak to z wykazu szczegółowego wynika, były lepsze, a śmiertelność znacznie

mniejszą. Lepsze wyniki zależą naturalnie w znacznéj części od rodzaju chorób, ale nie można także odmówić zasług i metodzie leczenia tychże. Niejedna bowiem z chorób dawniéj wyczekująco leczona, lub która zwyczajnym środkom nie ustępowała, poddawała się wreszcie zmienionemu sposobowi kuracyi i chociaż nieraz uporczywa, ulegała wreszcie usilnym staraniom.

Do chorób takich zaliczam przedewszystkiem dewijacyje, które tak często w ułożeniu macicy napotkać można. Leczone krążkami, tamponami i kąpielami, gdy przyczyną choroby były dawne pozapalne najczęściéj skrócenia lub zgrubienia tkaniny ten organ okalającéj, nie bywają ostatecznie zniesionemi, ale przez mechaniczny wpływ czasowo usuniętemi, aby znowu powrócić, gdy braknie podpory równoważącéj zboczenie. Tego roku zacząłem systematycznie w kilkunastu przypadkach używać miesienia, którego rezultaty niezaprzeczenie do dobrych liczyć się muszą.

Nie zawsze jednak mimo usilnych prób mogłem przyznać, że choroba usuniętą została; były bowiem przypadki, że chore w takim samym stanie, w jakim na oddział przybywały, opuszczały takowy. Odnosi się to mianowicie do przypadków, w których zboczenie w położeniu lub osi macicy powstało na podstawie zbytniego zwiotczenia więzów organ ten w prawidłowéj pozycyi utrzymujących, albo też na podstawie długotrwałych już zapaleń miąższu macicy.

Najgorszą zaś okolicznością bywało, gdy zwiotczenia takie leczyć wypadało u osób, które kilkakrotnie, lub więcéj razy nawet rodziły, lub też u indywiduów, choćby młodych nawet i niezbyt porodami wyczerpanych, ale dotkniętych długotrwałą, a trudną do usunięcia bezkrwistością czy to pierwotną, czy też następową.

W podobnych warunkach miesienie nigdy nie doprowadzało do takich rezultatów, jakich należałoby się po niem spodziewać, raz z powodu organicznéj choroby, powtóre dla tego, że kuracyję powyższą długo należałoby prowadzić, a na to znowu stosunki szpitalne nie pozwalają.

Natomiast, gdy chodzi o powolne i systematyczne naciąganie zgrubiałych lub skróconych więzów, skutki massage występują wyraźnie. W takich przypadkach zboczenia w położeniu macicy nie stanowią niewdzięcznego pola dla terapii. Prawda, że i do tego potrzeba czasu, a szczególnie cierpliwości ze strony lekarza, ale też za to często ona bywa wynagrodzoną pomyślnym skutkiem przedsiębranéj kuracyi.

Gdy już mowa o miesieniu, sam przez się na myśl się nasuwa drugi rodzaj choroby, nieraz tym środkiem leczonéj, t. j. wysięki koło lub przymaciczne. Choroba ta stanowi co do liczby najważniejszą i najczęstszą chorobę ze wszystkich.

Największy kontyngens chorych z ekssudatami rekrutuje się ze służących, które wcześniéj lub późniéj po porodzie nierozważnie najczęściéj téj choroby się nabawiwszy, ostatecznie szukają opieki w szpitalu.

Następną po tych rubrykę zapełniają chore, które przypadkowo lub pracując ciężko, albo też popełniając ekscesy rozmaitego rodzaju podczas przekrwienia organów rodnych, stojącego w bezpośrednim związku z regularnością, dostają krwistka przymacicznego. Zboczenie to daje się względnie bardzo rzadko obserwować w rozwoju swym, lub pierwszych okresach.

Najczęściéj chore przychodzą już z następowem reakcyjnem zapaleniem w okolicy i odpowiednim wysiękiem.

Wszystkie przypadki tym ostatnim podobne zbierając widzimy, o czem każdy lekarz, mający więcéj do czynienia z chorobami kobiecemi, przekonał się niezawodnie, że właśnie one najdłużéj i najenergiczniéj kuracyi się opierają.

Niezawodnie, że główną rolę w tym względzie gra unaczynienie miejsc odpowiednich i łatwiejszy lub trudniejszy dostęp dla zabiegów terapeutycznych. Tylna ściana macicy na znacznéj względnie przestrzeni okryta błoną surowiczą, mniéj tem samem posiada naczyń w otoczeniu swojem, aniżeli przednia lub boczne, stojące w bezpośrednim związku z tkaniną obficie unaczynioną, a tem samem dającą lepszą sposobność do powrotu do stanu normalnego w razie zapalenia i tegoż następstw. Oczywistą więc jest rzeczą, że przypadki, w których mamy do czynienia z produktem zapalnym po za macicą umiejscowionym, w wielu razach, jeżeli nie ujemnie, to długo bardzo i mozolnie bywają leczonemi.

Uwagę tę stosuję specyjalnie do zastosowania miesienia w razach nacieku w tylnem sklepieniu, lub wysięku zapalnego w *cavum Douglasii*. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Dr. Neumann (Berlin): **Prątki durowe w moczu.**

Często dopiero wykrycie prątków swoistych rozstrzyga o rozpoznaniu duru, a wykazanie ich jest rzeczą nie małej wagi. N. badał mocz 48 chorych na tyfus i u 8 znalazł prątki w znacznéj, u 5 zaś w małéj ilości. Często już i gołem okiem z charakterystycznego zmętnienia moczu można wnioskować o istnieniu bakteryj, a ponieważ mocz ludzi zdrowych nie zawiera ich, więc obecność takowych u durowo podejrzanych jest pod względem rozpoznawczym bardzo ważną. W przebiegu duru tworzą się w nerkach ogniska prątków swoistych, które jeżeli umiejscowiają się przy kanalikach, do moczu się łatwo dostają. Ogniska te tworzą się równocześnie z wystąpieniem wysypki, dlatego też w jéj okresie, najwięcéj bakteryj w moczu znaleść można. Rokowanie nie zależy od ilości prątków znalezionych. W pęcherzu znajdują one korzystne warunki do rozmnażania się. Ważnem jest odkrycie, iż nawet w rekonwalescencyi można je napotkać, a N. w 24 dniu po chorobie w moczu je znalazł. Z tego wynika, iż w okresie ozdrowienia dur za pomocą moczu łatwo przenieść można, jak długo więc prątki w niem się znajdują, nie należy chorego uważać za rekonwalescenta. Zdaje się, że mogą one w pęcherzu długo przebywać, nim mocz zupełnie je wypłuka. N. znalazł prócz swoistych durowych prątków, także 2 razy *streptococcus aureus*. *(Müncher med. Wchft.*, 1890, Nr. 4). *Dr. Mendelsburg.*

Fizyjologija.

T. Openchowski (Dorpat): **O ogólnem unerwieniu żołądka.**

1) Prawidłowe ruchy żołądka w całości u żyjących zwierząt w skrzyni ogrzewanéj: na granicy między górną i środkową trzecią częścią żołądka spostrzega się rowek środkowy, pozostający tak długo, aż żołądek fazę swych ruchów ukończył, która polega na tem, że fala peristaltyczna rozchodzi się jednostajnie od tego rowka ku części odźwiernikowéj; łącząca się z wpustem górna jedna trzecia żołądka nie przedstawia ruchów. Wpust sam i odźwiernik okazują szczególne, na przemian odbywające się otwieranie i zamykanie i to najczęściéj o cesze odwrotnéj. Cechę tego ruchu należy przypisać istnieniu komórek zwojowych. O. wykrył u nowonarodzonych królików w żołądku kępki zwojów, nie mających nic wspólnego z znanemi zwojami Auerbacha. Zwoje wspomniane łączą się z dużemi włóknami błędno-współczulnemi, leżącemi na żołądku. Topografia tych kępek zwojowych tłómaczy rodzaj ruchów automatycznych. Połączenie żołądka z środkowym układem nerwowym odbywa się w dwojaki sposób. Powiększenie ruchu robaczkowego żołądka można osiągnąć przez drażnienie wzgórka czworaczego; wychodzące ztąd drogi idą głównie przez rdzeń pacierzowy i rozgałęziają się w dolnéj części rdzenia piersiowego przez pień nerwo zwojowy. Ruch robaczkowy żołądka, mianowicie górnéj części trzeciéj można zatamować przez drażnienie górnéj części rdzenia piersiowego, a drogi przebiegają w nerwie współczulnym i trzewowym. Wpust: Można godzinami spostrzegać automatyczne ruchy wpustu (tętno wpustowe), zawdzięczające swoje powstanie znacznéj liczbie zwojów. Zamknięcie wpustu wywołuje się ośrodkowo przez drażnienie tylnych części wzgórka czworaczego, a otwarcie za pomocą ośrodków leżących w rdzeniu i mózgu. Odźwiernik i część odźwiernikowa: Ruchy automatyczne odźwiernika, podobnie jak wpustu, wywołać mogą także inne czynniki, jak n. p. miejscowa niedokrewność i zależą prawdopodobnie od wspomnianych kępek zwojowych. Co się tyczy współudziału żołądka podczas wymiotów, to żołądek bierze tu czynny udział. Pod wpływem środków wymiotnych zmienia się prawidłowy ruch robaczkowy w następujący sposób: z początku silny niepokój jelit, następnie zamknięcie odźwiernika, poczem powstaje niepokój ściany żołądka, który zaczynając się od części odźwiernikowéj przechodzi w kurcze; górna część trzecia nie porusza się, lecz rozdyma się. Tak przez wzmocnienie kurczów odźwiernika treść żołądka znajduje wyjście w przeciwnym kierunku i musi kierować się ku rozszerzonéj części. Z tego

wynika, że odźwiernik i część odźwiernikowa są najważszemi częściami podczas wymiotów. Następnie zostaje zawartość przez zapadanie się rozszerzonéj części żołądka z powodu parcia tłoczni brzusznej na nią, popchniętą do przełyku. Zjawisko opisane powtarza się okresowo. W końcu podaje O. podział działania środków wymiotnych: wymioty, które zaliczyć musimy do pierwszéj, centralnéj grupy, stają się niemożebne: przez zniszczenie wzgórka czworaczego, przecięcie rdzenia pacierzowego aż do piątego kręgu, względnie przednich sznurów i t. d. Co się tyczy drugiego rodzaju środków wymiotnych *(Cupr. sulf. Tart. stibiat.)*, to ich droga pośrednicząca leży tylko w nerwach błędnych. *(Deut. m. Woch.*, 1889, Nr. 35). *Dr. Baschkopf.*

Patologija.

Dr Casper (Berlin): **Niepłodność u mężczyzn.**

Dwie są przyczyny niepłodności męskiéj: 1) *Aspermatismus* czyli brak wydzielania cieczy nasiennéj; 2) *Azoospermia* czyli brak plemników w téjże cieczy. *Aspermatismus* występuje z powodu: a) zmian chorobowych w *ductus ejaculatorius*; b) znieczulenia nerwów prącia; c) znieczulenia *plexus genitalis*, d) z przyczyn psychicznych. Przy *azoospermii* wydaje się wśród podniecenia płciowego ciecz, ale ta albo plemników nie zawiera albo są one martwe i to albo skutkiem ogólnego charłactwa, obustronnego przebytego rzeżączkowego zapalenia jąder, skutkiem zwyrodnienia ich gruźliczego lub rakowego lub przy niedostatecznym rozwoju jąder (*anorchismus*). Że czasem i jad kiłowy może być przyczyną *azoospermii*, świadczy przypadek przez C. opisany. Mężczyzna 20 kilkoletni, silnéj budowy od 2 lat żonaty nie mógł zapłodnić żony. Badanie obojga małżonków wykazało, iż mąż mimo prawidłowéj budowy narządu płciowego wydzielał ciecz bez nasienia. Dalsze badanie wykazało obrzmienie gruczołów limfatycznych, wrzód natury kiłowéj na migdałku i bliznę na żołędzi. Ponieważ nie można było znaleść żadnéj innéj przyczyny *azoospermii*, więc zakażenie kiłowe musiało mieć pewien związek z niepłodnością. Mężczyzna ten przeszedł kuracyję przeciwkiłową. Po 2 miesiącach w wydzielonéj do kondomu przy spółkowaniu z żoną cieczy znaleziono kilka leniwie się poruszających plemników, a po 2 dalszych miesiącach znaleziono już ich 20, po 7 zaś miesiącach od dnia rozpoczęcia kuracyi rachując, żona jego zastąpiła i powiła dziecko z objawami kiły dziedzicznéj. Nie podlega więc wątpliwości, iż jad kiłowy może zniszczyć tak samo jak morfina produkcyję plemników, co już Grusow i Liegeois także wykazali. (*Mün. med. Wchft.* 1890, Nr. 4). *Dr. Mendelsburg.*

O. Silbermann: **O klinicznych i anatomicznych zmianach po rozległych spaleniach skóry.**

1) Po rozległych spaleniach skóry występuje nietylko zmiana postaci czerwonych ciałek krwi, lecz także zmiana odporności wobec pewnych wpływów, jak gorąca, barwików i t. d. 2) W następstwie tych zmian przychodzi do licznych zakrzepów drobniejszych tętnic i naczyń włosowatych, prócz tego do zastojów w rozmaitych narządach, w płucach, nerkach, żołądku, jelitach, śledzionie, wątrobie, skórze i mózgu. Zamknięcia naczyń są najliczniejsze w delikatniejszych gałązkach tętnicy płucnéj. 3) Z powodu rozległego zatkania naczyń włosowatych płuc powstaje z jednéj strony znaczny zastój w zakresie żylnym, z drugiéj niebezpieczna niedokrewność tętnicza. 4) Z znacznego żylnego zastoju i zatkania naczyń skrzepami pochodzą wynaczynienia i miąższowe zmiany w płucu, nerce, wątrobie, żołądku i t. d. 5) Z opisanych zboczeń w krążeniu tłómaczy sobie S. duszność, sinicę, śpiączkę, drobność tętna, kurcze, bezmocz i t. d, nadto uderzające obniżenie ciepłoty skóry, powstałe przez skurcz naczyń skórnych w następstwie niedokrewności tętniczéj. (*Centr. f. d. med. Wiss.*, 1889, Nr. 28).

Docent J. Dollinger (Budapeszt): **Czy gruźlicę kości można odziedziczyć?**

Już dawno zrobił D. spostrzeżenie, że rodzice, szukający u niego porady z powodu dzieci swych dotkniętych gruźlicą kości lub stawów, rzadko byli dotknięci gruźlicą, że natomiast bardzo często dziad lub babka lub oboje zmarli na gruźlicę płuc. Badania dokładne pod tym względem wykazały okoliczność dotychczas jeszcze nieznaną i zasługującą dla tego na ogłoszenie. Jako materyjału do swéj statystyki użył klienteli z ordynacyi publicznéj, gdyż chorzy należący do stanów wykształconych ukrywali przed nim gruźlicę rodziców lub dziadków. D. wypytywał 250-ciu chorych, cierpiących gruźlicę kości lub stawów: w 153-ech przypadkach nie mógł wykazać gruźlicy u rodziców, najczęściej była przyczyna śmierci zmarłych wogóle nieznaną; w 97-miu przypadkach zmarli lub chorowali rodzice lub dziadkowie na gruźlicę płuc. 37 razy byli rodzice gruźliczymi, mianowicie 21 razy matka, 15 razy ojciec, raz oboje rodzice. W 60-ciu przypadkach byli już dziadkowie gruźliczymi, a mianowicie ze strony ojca i matki, w równéj prawie częstości. Z dat powyższych można czynić wnioski, że gruźlica kości występuje najczęściéj nie u dzieci, lecz dopiero u wnuków ludzi, dotkniętych gruźlicą płuc; kości muszą więc przez kilka pokoleń pozostawać pod wpływem jadu gruźliczego i przezeń do pewnego stopnia być osłabione, aby tworzyć urodzajną glebę dla rozwoju prątka Kocha. (*Centrbl. f. Chir.*, 1889, Nr. 35). *Dr. Baschkopf.*

Farmakologija.

Prof. Dr. Stiller (Budapeszt): **O zastosowaniu leczniczem salicylanu sodowego.**

Salicylan sodowy okazał się znakomitym środkiem w chorobach wątroby, a mianowicie w kamieniach żółciowych. W pracy swéj opisuje S. przebieg choroby u dwu chorych cierpiących na kamienie żółciowe, a leczonych salicylanem sodowym. Efekt przeszedł wszelkie oczekiwanie. Ciężko od dawna chorzy, wysoko gorączkujący, niepokojeni silnemi bólami, wymiotami i brakiem apetytu po kilku dniach używania salicylanu sodowego prawie zupełnie powracają do zdrowia. S. podaje sal. sod. wobec kamyków żółciowych w małych dawkach, a mianowicie najwyżéj 4 razy dziennie po 0·5 i to w celu uniknięcia drażnienia bł. śluzowéj żołądka nie w opłatku lecz w $^1/_2$ szklance wody sodowéj, lub z jaką inną wodą alkaliczną kwaśną, dodając często do téj dawki 0·01 *Extr. Belladonnae* w celu zmniejszenia zadrażnienia żołądka. Przytem poleca jeszcze ścisłą dyjetę, okłady na okolicę wątroby, a za napój wodę bilińską, Giesshübel, a leczenie następowe w Karlsbadzie lub Vichy. Leczenie to przenosi S. nad wszelkie inne sposoby leczenia używane w kamykach żółciowych, jak n. p. krople Duranda i podawanie większéj ilości oliwy; salicylan sodowy w działaniu bowiem ma je przewyższać, a nadto przyjemniejszy jest w użyciu i działa jeszcze wprost jako *nervinum*. Działanie to kw. salic. i jego soli ma polegać, jak to badacze angielscy doświadczalnie na zwierzętach wykazali, na wzmożonem wydzielaniu żółci. Większa ilość żółci pomału rozszerza przewód żółciowy, w którym kamyk utkwił, lub też jako zwiększona *vis a tergo* jest go w stanie posunąć naprzód. Są przypadki kamyków żółciowych, które nie nadają się do leczenia salicylanem sodowym, n. p., gdy za wielki kamyk utkwił w ścianach przewodu żółciowego, lub gdy kamyk znajduje się w *ductus cysticus*, to wtedy wzmożony strumień żółci jużto nie jest w stanie wydalić go, jużto nie napotyka go jako przeszkody na drodze, lecz i tu może być korzystnem podawanie salicylanu sod., gdyż koi on bóle zwłaszcza, że w p dobnych przypadkach *ultima ratio* jest zabieg operacyjny. S. radzi także podawać sal. sod. w żółtaczce nieżytowéj i to w bardzo małych dawkach, mając wzgląd na pierwotne zadrażnienie nieżytowe żołądka.

Jako dalsze wskazanie do zastósowania salic. sodow. poleca S. usilnie zapalenie opłucnéj surowicze. I tu autor w doświadczeniach swych 2 letnich nad tym środkiem widział nader zadziwiające wyniki. Często natychmiast prawie po podaniu wspomnianego leku wysięk surowiczy przestaje się zwiększać, a nieraz w kilku dniach ulega zupełnemu wessaniu. Tak wielkie zaufanie ma S. do salicyl. sod. w zapaleniu opłucnéj surowiczem, że lek ten chce nawet uważać za ułatwiający rozróżnienie zapalenia opłucnéj surowiczego od ropnego. Działanie to przypisuje autor własnościom moczopędnym salicylanu sodowego. W chorobie téj podaje S. salicylan sodowy 3·0—4·0 gr. dziennie w rozczynie co godzina łyżkę.

Energicznym okazał mu się ten środek także w świeżéj rwie kulszowéj, gdzie podaje go 4·0—5·0 gr. dziennie,

jakoteż w świeżych obwodowych porażeniach nerwu twarzowego. (*Wr. med. Presse*, 1—2, 1890). *D. Hicner.*

Choroby nerwowe.

Prof. Charcot (Paryż): **Wpływ piorunu na układ nerwowy.**

Boudin, który więcéj niż inni neurologowie, wpływ jaki piorun na układ nerwowy wywiera, badał (*La foudre. Annales d'Hygiène publique*), jeszcze w roku 1855 w ten sposób się wyraził: „skutki, jakie piorun w układzie nerwowym wywołuje, są dziwne i zagadkowe". Dziś niezupełnie się na to zgodzić możemy. Najgłówniejszym skutkiem są bezsprzecznie objawy porażenne, krócéj lub dłużéj trwające.

Jako przykład niechaj służy historyja choroby byłego żołnierza, który przebył kampaniję meksykańską i niemiecką, a będąc kilkakrotnie w ogniu nie zdradzał wcale słabych nerwów. W maju 1889 r. idąc wśród burzy drogą do Paryża, został rażony piorunem. Najpierw wstrząsnęło coś całém jego ciałem, po kilku minutach równocześnie z silnym grzmotem ujrzał na drodze w odległości jednego metra ognistą kulę wprost ku sobie idącą. W téj chwili poczuł silne uderzenie, jakby deską w całą lewą połowę swego ciała, wskutek czego upadł i na kilka minut stracił przytomność. Odzyskawszy ją, uczuł, iż lewe kończyny miał ociężałe i nie mógł niemi poruszać, ogarnęło go takie rozczulenie, iż rzewnie płakać począł. Po pewnym dopiero czasie z wielką biedą zupełnie przemoknięty powlókł się do najbliższego przydrożnego domu, gdzie straciwszy pamięć nie umiał opowiedzieć, co się z nim stało. Po chwili odzyskawszy pamięć, nie mógł słów płynnie wymawiać, tylko zaczął się jąkać. Równocześnie ogarnęło go uczucie lęku, wystąpił *globus hystericus*, po raz wtóry ogarnęło go rozczulenie tak, iż znów zapłakał.

Przypadek ten w następujących punktach różni się od zwykłych. Rażony widział blask i słyszał grzmot. Jestto dodowodem, iż nie stracił całkowicie przytomności, a zatem uraz nie objął głowy, czyli nie był całkowity, lecz częściowy. Piorun zatem nie szedł liniją zygzakowatą, ale kolistą jak rakieta (*foudre en fusée ou en globe*). Piorun taką drogą idący jest słabszy, nie razi tak szybko jak kiedy idzie zygzakiem i zostawia jeszcze tyle przytomności rażonemu, iż go widzieć i słyszeć może. Linii keranograficznych nie było, lecz nie są one konieczne nawet w przypadkach śmiertelnych. Można wejść w sferę działania iskry elektrycznéj, jak w opisanym przypadku i uledz urazowi, a nie być poparzony ogniem, który nie w całéj sferze działania iskry się rozpościera, lecz tylko w niektórych kierunkach. Cały stan psychiczny, jaki w opisanym przypadku rażony okazywał, jest znany pod nazwą *Delirium* rażonych. Najwybitniejszemi objawami w przypadku opisanym są porażenia kończyn lewych. Doświadczenia robione przez Froostwika i Nothnagla na zwierzętach nauczyły, iż porażenia uderzeniem elektrycznem wywołane były trojakiego rodzaju, a mianowicie występowały jako różnego nasilenia znieczulenia, porażenia ruchowe i zniesienia pobudliwości elektrycznéj. Te same objawy występują w rzeczywistości u człowieka piorunem rażonego już to jako *hemi, para* lub *monoplegia*, trwają krótko od kilku godzin do kilku dni, nie zostawiając żadnego śladu po sobie.

W przypadku opisanym prócz znieczuleń i porażeń ruchowych kończyn, skonstatowano także jeszcze utratę zmysłów smaku i powonienia, ścieśnienie pola widzenia jakoteż znieczulenie gardła. Prócz tego wystąpiło nagłe jąkanie się, *globus hystericus* i płacz częsty, podrażnienie stanu psychicznego stwierdzający. Objawy te przypominają nam stan, jaki występuje u ludzi wskutek przestrachu po przypadkach kolejowych (*Railway spine*). Nie podlega wątpliwości, że i piorun w opisanym przypadku działał zupełnie tak samo jak shock kolejowy i że wszystkie te ostatnie objawy nerwowe są histerycznéj natury czyli że człowiek ten wskutek rażenia piorunem stał się także wogóle histerykiem. Porażenia czuciowe i ruchowe piorunem wywołane, jeżeli u rażonego przyłączą się, jak to się w opisanym przypadku stało, jeszcze objawy histeryczne, mogą w dalszym ciągu zmienić swe tło na histeryczne i jako takie dłuższy czas trwać. Przypadek ten więc i z tego względu zasługuje na uwagę, iż prócz zwykłych objawów porażennych przystąpiły także objawy czysto histerycznéj natury, a przypadki takie opisali tylko Nothnagel, Onimus i Gibier de Savigny. (*Wr. med. Wschft.*, 1890 Nr. 1, 2, 3). *Dr. Mendelsburg.*

Chirurgija.

Dr. W. Körte: **Rany postrzałowe brzucha pod względem wojskowo-chirurgicznym i ich leczenie.**

Jakie znaczenie mają rany postrzałowe brzucha dla chirurga wojskowego, określają najlepiéj słowa Bella: „Po bitwie liczba ranionych w brzuch ma się tak do ogółu rannych, jak powierzchnia tegoż do powierzchni całego ciała; w kilka dni póżniéj jednak nie znajdziemy w lazaretach polnych żadnego, lub tylko kilku z lekką raną. Z liczby pozostałych na placu w bitwach z roku 1870/71 na rany brzucha przypadało przeszło 10% z ogólnéj liczby poległych, a z przypadków, gdzie jeszcze pomoc lekarska mogła mieć miejsce, zapisać należy największą śmiertelność, bo wynoszącą 35%.

Rany powierzchowne brzucha będą w przyszłości nadzwyczajnie rzadkie, broń bowiem palna nowszych systemów wyrzuca pociski z taką siłą, że tylko w szczególnie szczęśliwych przypadkach może być mowa o tem, aby kula, zraniwszy tylko zewnętrzną powłokę, nie dostała się do jamy otrzewnéj. Rozumie się samo przez się, że te rany należeć będą do najlżejszych, chociaż i one często w następstwie wywołują zapalenie otrzewny, jak również choćby i po zagojeniu mogą stać się przyczyną przepukliny, wymagającéj używania paska. Zaleca się w tych przypadkach najdokładniejsza antyseptyka i o ile możności staranie o unieruchomienie jelit.

Rany postrzałowe drążące bez naruszenia narządów wewnętrznych należą do największych rzadkości, a niektórzy chirurdzy wojskowi wręcz o nich wątpią. Na 73 przypadki ran brzucha drążących widział Beck tylko 5 takich przypadków, a w doświadczeniach Henka na 96 ran brzucha drążących tylko 6 razy zranienie jelita nie miało miejsca. Doświadczenia te wykonywał on w ten sposób, że wbijał w brzuch uderzeniem młotka stalowy kołek. Körte znalazł w literaturze na 64 przypadków operowanych tylko 5 razy proste zranienie brzucha drążące bez naruszenia narządów wewnętrznych. Śmiertelność wskutek takich ran postrzałowych wynosi między 33—40%. Głównie grozi niebezpieczeństwo krwotoków i zapalenia otrzewny.

Rany brzucha drążące ze skaleczeniem narządów wewnętrznych są najczęstsze i najważniejsze z ran postrzałowych brzucha. Śmiertelność wskutek nich jest nadzwyczaj wielka, wynosi bowiem 90% (Otis, Neudörfer). Znakomity chirurg Stromeyer nie widział ani jednego wyleczenia po zranieniu jelita postrzałem. Przy zranieniu różnych narządów jest jednak śmiertelność nie równa. Zranienie śledziony jest prawie zawsze śmiertelne. Zranienia wątroby i pęcherzyka żółciowego mogą wśród szczęśliwych okoliczności szczęśliwie się skończyć. Przy ranach postrzałowych żołądka jest rokowanie pomyślniejsze, niż przy takichże ranach jelita. Rany postrzałowe jelita cienkiego są niebezpieczniejsze od ran jelita grubego. Także pomyślniéj się kończą przypadki, gdy kula na wskróś przejdzie, niż gdy utkwi w jamie brzucha. Przy ranach postrzałowych pęcherza rokowanie jest pomyślniejsze, jeżeli umożebniono odpływ moczu. Główne niebezpieczeństwo leży w krwotokach, bo jak wiadomo nawet stosunkowo małe naczynia jamy brzusznéj daleko uporczywiéj broczą, niż to ma miejsce w innych częściach ciała i ztąd łatwo przychodzi do shocku wskutek śródotrzewnowego krwawienia (Parkes). Przedziurawienie jelita jest zwykle kilkakrotne, często 12—14-krotne, gdy kula przejdzie przez kilka skrętów. Dobrowolne zagojenie ran jelita (przez zlepienie ranionych jelit między sobą lub ze ścianą brzucha) należy do rzadkich szczęśliwych zdarzeń. Zapalenie otrzewny jest nieuniknione, gdy treść jelita dostanie się do jamy otrzewny. Na podstawie doświadczeń chirurgów wojskowych angielskich i amerykańskich radzi Körte jak najwcześniéj przystąpić do otwarcia jamy brzucha, gdyż przy zwłoce pogarsza się rokowanie z powodu powikłania ze strony otrzewnéj. Nie bez pożytku jest i wtedy laparotomija, gdy sprawdzono, że narządy wewnętrzne nie są uszkodzone, bo tylko tą drogą można dokładnie zatamować krwotok i usunąć wysięk, nim się

jego rozkład rozpocznie. Raz wydobyto nawet szczęśliwie kulę z wątroby. Jako bezwzględne wskazanie do laparotomii uważa Körte przypadki, gdzie otrzewna jest przedziurawiona i gdy są objawy zwiększającego się shocku, t. j. w przypadkach wewnętrznego krwawienia. Gdy nie ma żadnych groźnych objawów, można po założeniu opatrunku przeciwgnilnego zachować się wyczekująco, nie wolno jednak zwlekać laparotomii, jeżeli akcyja serca słabnie, tętno się wzmaga i występują bóle i wymioty. W interesie chorego nie należy czekać z rękoczynem dłużéj niż 12—15 godzin. Cięcie należy robić w linii środkowéj i w miarę potrzeby długie. Otwory postrzałowe jelita zamyka się szwem Lemberta, albo się w razie potrzeby resekuje. Jeśli siły chorego są wyczerpane, robi się sztuczny otwór stolcowy. Przy ranach pęcherza należy baczyć na dokładne zeszycie. Krwawieniu z wątroby zapobiega się dokładnem wytamponowaniem gazą jodoformową, lub przez przyżeganie Paquelinem, a rany pęcherzyka żółciowego albo się zeszywa, albo brzegi ich wszywa się w ścianę brzucha. W końcu przystępuje się do aseptycznego wyczyszczenia jamy brzusznéj.

Ponieważ na świeżem pobojowisku lekarz jest obarczony pracą nie cierpiącą zwłoki i wśród zamięszania nie łatwo ma czas i środki do takich zabiegów, które wymagają wielkich przygotowań i dokładnéj antyseptyki, przeto w szpitalach polowych i na placach opatrunkowych należy lżéj rannych pozostawić tymczasem przy opatrunkach z jodoformu i sublimatu, aby zyskać czas do ratowania tych, którzy ponieśli rany postrzałowe w brzuch. Przygotowania do laparotomii dadzą się i w polnych lazaretach łatwo przeprowadzić. Narzędzia, waciki, jedwab odkaża się przez $\frac{1}{2}$-godzinne gotowanie. Sterylizator zaimprowizować można w polu wielkim garnkiem napełnionym do $\frac{1}{4}$ wodą, nad którą zawiesza się materyjały opatrunkowe w przetaku lub worku z gazy, poczem się to wszystko przykrywa pokrywką i obciąża ją kamieniami, aby wydobywającéj się parze nadać pewien stopień prężności. (*Berl. klin. Wochenschrift.* Nr. 4, 1890).

Dr. Bohosiewicz.

Choroby kobiece.

E. Blanc: **O prątku w moczu eklamptycznych i jego działaniu.**

B. znalazł w moczu ciężarnéj w 8-mym miesiącu, która przebyła kilka wyraźnych napadów eklamptycznych, prątek, który poddał szczegółowemu badaniu. We krwi téj choréj prątków ani drobnowidem ani hodowlą wykazać nie można było. Czystą hodowlę tego prątka zaszczepiając już to zdrowym, już to ciężarnym królikom wywoływał regularnie napady drgawek zupełnie podobne do eklamptycznych i białkomocz. Wyniki swego badania ujmuje ostatecznie w następujące twierdzenia: w moczu chorych na eklampsyję znajduje się prątek, którego działanie patogenetyczne wywołuje: 1) drgawki i kurcze ogólne; u królików zawsze następuje po tych drgawkach śmierć, a ciąża stanowi u tych zwierząt okoliczność usposabiającą; 2) liczne rozsiane ropnie, zapalenie żył, podniesienie ciepłoty; 3) choroby nerek rożnego stopnia i białkomocz. (*Arch. de tocol.* 1889, *Centr. f Gynaek.* 4, 1890).

* Lomer leczył dwa przypadki *Vaginismus* prądem stałym. W obu razach nietylko spółkowanie było niemożebnem, ale nawet przy najlżejszym dotyku i bez takowego samoistnie występowały kurcze. Prądu używał słabego co drugi lub trzeci dzień przez kilka minut przykładając katodę na brzuch, anodę na międzykrocze. W obu razach osiągnął zupełne wyleczenie. (*Centralbl. für Gynaek.*)

Dr. Kohn.

Choroby oczne.

Dr. Hirschberger (Monachijum): **O zmianach na rogówce w przebiegu influenzy.**

W przebiegu influenzy spostrzegano najczęściéj zapalenia spojówki i małe ropnie w powiece górnéj z poprzedniem jéj obrzmieniem. Prof. Fuchs w Wiedniu opisał zaś kilkakrotnie spostrzegane owrzodzenia rogówki u cierpiących na influenzę, a dał im nazwę: *Keratitis dendritica*. W klinice okulistycznéj monachijskiéj widział Dr. H. 2 przypadki téj saméj zmiany chorobowéj i podaje je do wiadomości szerszéj publiczności lekarskiéj. Pierwszy przypadek tyczy się 9-letniéj dziewczynki, która 3 stycznia na influenzę zapadła. 6-go stycznia rozpoczęło się cierpienie oka, które dopiero 16-go było badane. W samym środku prawéj rogówki znajdowała się płytka rynienka o brzegach jakby poszarpanych, ku górze prostopadle idąca i na końcu widełkowato się dzieląca. Podczas gdy podstawa wrzodu tylko lekko była zaćmioną, brzegi jéj przedstawiały się w postaci nacieku szarego. Naczynia krwionośne od brzegów rogówki biegną ku środkowi. Bólów nie ma żadnych, istnieje tylko lekki światłowstręt. Taką samą zmianę chorobową badał H. u 22-letniego krawca, który 31-go grudnia dostawszy influenzy w 5 tym dniu choroby na lewe oko zapadł. Wrzód na rogówce był téj saméj natury co u dziewczynki, tylko że rozpościerał się w kształcie litery T. Leczenie polegało na zakraplaniu atropiny i na założeniu opaski po wymyciu roztworem sublimatu. Owrzodzenia dość szybko znikały, pozostawiając po sobie ledwie dostrzegalne białe blizenki. Fuchs i Horner są zdania, iż *Keratitis dendritica* wylania się z *Herpes corneae*, który tak samo jak na wardze i na rogówce nietylko w przebiegu influenzy, ale i innych chorób zakaźnych powstaje. Po pęknięciu pęcherzyków tworzą się w dalszym ciągu lekkie owrzodzenia, które drzewkowaty obraz *Keratitis dendritica* stanowią. (*Müncher. med. Wschft.*, 1890, Nr. 4).

Choroby uszne.

Dr. Siebenmann (Bazylea): **Odlewy metalowe błędnika.**

Anatomija topograficzna w celu bliższego poznania krętych dróg narządu słuchowego w kości skalistéj się kryjących używa przecięć poprzecznych w różnych kierunkach robionych, co przecież nie daje jeszcze dokładnego obrazu téj zawiłej budowy. Daleko lepszą jest tak zwana metoda korozyjna (*Corrosionspräparate*), polegająca na wstrzykiwaniu do jam i chodników masy twardniejącéj, a niszczeniu późniejszym za pomocą chemikaliów saméjże kości, wskutek czego otrzymujemy dokładny odlew narządu badanego. „W ten sposób otrzymane preparaty“, powiada Hyrtl „są najbardziéj pouczające, dają bowiem dokładne pojęcie o kształcie, wielkości i wzajemnym stosunku pojedyńczych części do siebie“. Nataniel Lieberkühn w Berlinie pierwszy przed stu laty wpadł na pomysł robienia preparatów tą metodą, a Hyrtl myśl tę na nowo podjął. Gaber w Bernie pierwszy w roku 1827 odlał w ten sposób labirynt, używając do odlewu wosku, a do zniszczenia kości kw. solnego. Ilg posługiwał się metalem, a Hyrtl (1873) masą woskową z mastyksem, którą przez *foramen rotundum* pod pewnem ciśnieniem chodniki ucha wewnętrznego wypełniał. Bezold otrzymał kompletny odlew wszystkich zaułków, przewodów i jamek całéj kości skalistéj, który na kongresie w Bazylei (1884) zebranych w podziw wprawiał. Autor używa do injekcyi aliażu metalicznego Wooda, który już przy 60° ciepła się topi, a skrzepnięty twardą masę przedstawia i składa się z mięszaniny ołowiu, cynku, kadmu i bismutu (do nabycia u Mercka w Darmsztadzie), a postępuje w ten sposób, iż nastrzykuje do 100°C. ogrzaną całą kość skalistą, część kostną kw. solnym niszczy a z odlewu dopiero labirynt wycina. Odlewy są tak wierne, iż wszystkie najdelikatniejsze kanaliki Hawersa są widoczne a labirynt jest z najmniejszemi szczegółami oddany, powierzchnia jego ścian jest gładka, a na nich najdrobniejsze zagłębienia widoczne. Tylko za pomocą téj metody można było odkryć i opisać dotychczas nieznane kanaliki do wodociągów należące. I tak do *aquaeductus cochleae* należy: a) kanalik żylny Cotugni, który wprawdzie przez anatoma tegoż nazwiska w roku 1774 opisany, ale od tego czasu zapomniany znów przez Bezolda wyszukany został; b) *canalis accesorius secundus aquaeductus cochleae*, który rozpoczyna się w zagłębieniu okienka okrągł. i biegnie do *apertura externa aquaed. cochleae*, albo też łączy się z kanałem Cotugni; c) *canalis accessorius aquaeductus vestibuli*, rozpoczynający się w *apertura externa aquaed. vestibuli*, biegnie wzdłuż łuku wodociągu także do kanału Cotugni wpadając. (*Int. kl. Rdschau*, 1890, Nr. 3).

Dr. Mendelsburg.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. Ornstein (Ateny): **Febra dengue.**

Przy dzisiejszéj łatwéj komunikacyi zachodzi obawa, iż choroby epidemiczne, które dotychczas w pewnych krajach

tropicznych panowały, z czasem wszystkie do Europy się dostaną, jak to było z cholerą w r. 1831. Obowiązkiem jest zatem lekarzy zapoznawać się z temi chorobami, aby w danym razie nie byli nie mile zaskoczeni. Dr. O. będąc lekarzem sztabowym armii greckiéj, poznał febrę dengue, a opierając się na własnem doświadczeniu, jakoteż na doświadczeniu lekarzy greckich, docenta Kyriażidesa i redaktora gazety lekarskiéj „Γαληνός“ Bambasa, zapoznaje z tą chorobą lekarzy niemieckich.

Wyraz „dengue“ pochodzi z indyjskiego i oznacza silny głos, mózg i ucho zagłuszający. Syryjscy i afrykańscy arabowie nazywają gorączkę tę „Abou Rakaba“ od „abou“ głowa i „rakaba“ kolano, bo te 2 części ciała najbardziéj w niéj cierpią. W Smyrnie znaną jest pod nazwą gorączki daktylowéj. Angielska nazwa „Dandy fever“ jest tylko przekręconym „dengue“.

Pierwsze o niéj wieści otrzymał świat naukowy z końcem przeszłego stulecia, po raz pierwszy bowiem wtedy ukazała się w Kairze. W r. 1827 przeszła Ocean i zagnieździła się w Nowym-Yorku i Meksyku. W r. 1864 miano ją w Zanzibarze i na wyspie Madagaskar, w pięć lat później objęła całe pobrzeże morza Czerwonego, a w następnym wystąpiła równocześnie w Senegalu i w Persyi. W r. 1881 znów weszła do Egiptu, ztąd przeszła na wyspę Kretę, a w epidemii leśniéj przeszłego roku objęła już całą Grecyję.

Febra dengue nie zabiera ofiar, dlatego zmian patologicznych, jakie w organizmie sprowadza, nie znamy. Może ona być niebezpieczną dla osób w przebiegu leczenia chirurgicznego będących, spostrzeżono bowiem, że rany chirurgiczne osób ją przebywających, przybierają wejrzenie niezdrowe i łatwo krwawią. Etyjologia jéj jest jeszcze ciemną. Jedni lekarze (Apiry) uważają ją za zaraźliwą, drudzy (Daskalakis w Smyrnie) temu przeczą. Zdaje się nie podlegać wątpliwości, że jakiś mikrob jest jéj przyczyną. W Grecyi poprzedzał ją zawsze okres zwiastunowy od 24 godzin do 4 dni trwający. Ból głowy, dreszczyki, ogólne osłabienie, są to objawy ją zapowiadające. Do charakterystycznych objawów należą: 1) wysypka do płonicowéj lub odrowéj podobna, równocześnie z powiększeniem ciepłoty najpierw na twarzy, a późniéj na całém ciele występująca. Po 3—4 dniach znika wraz z opadnięciem ciepłoty, aby w 5-tym dniu znów z gorączką powrócić. Po tygodniu przychodzi do zupełnego ustąpienia wszystkich objawów chorobowych; 2) ból głowy w okolicy czołowéj i skroniowéj; 3) bóle mięśniowe, największe w okolicy kolana; 4) brak apetytu, język obłożony, *foetor ex ore* i często wymioty; 5) ciepłota do 41°C. dochodząca i wśród okresu wysypkowego najsilniejsza, a nagłym spadkiem ustępująca. Ciekawy jest antagonizm, jaki między febrą dengue a zimnicą istnieje; ta ostatnia tak częsta w Grecyi, podczas wybuchu epidemii zupełnie znika. Leczenie jest czysto symptomatyczne. Przetworów chininy absolutnie chorzy nie znoszą, po niéj wymiotują i przewód pokarmowy ulega jeszcze silniejszemu zadraźnieniu, inne leki przeciwgorączkowe chorzy dobrze znoszą. (*Deutsche med. Wschft.*, 1890, Nr. 2).

Dr. Mendelsburg.

L. 5827. **Okólnik**

do wszystkich PP. c. k. Starostów i WWPP. Prezydentów miast Lwowa i Krakowa.

Pewne pisma publiczne podsuwają niektórym postanowieniom rozporządzenia Ministerstwa spraw wewnętrznych z 12 go grudnia 1889 Dz. u. p. Nr. 191, dotyczącego cennika leków na rok 1890 takie znaczenie, które ani duchowi, ani dosłownemu brzmieniu tychże nie odpowiada, a które pod żadnym warunkiem nie powinno być podsuwane przez organa do przeprowadzenia tego rozporządzenia powołane.

W szczególności postanowienie drugiego ustępu § 5-go, według którego aptekarz obowiązanym jest zanotować na recepcie nazwisko strony, dla któréj recepta jest przeznaczona w razie, jeżeli już lekarz tego nie uczynił, tłumaczą w ten sposób, jakoby aptekarz obowiązanym był niejako wyśledzić nazwisko i mieszkanie odnośnéj strony, jeżeli takowe mu dobrowolnie podanemi nie zostaną, a co byłoby rzeczą całkiem nie odpowiedną.

Właściwym celem powołanego postanowienia, które raczéj aptekarzy, a nie publiczność obowiązuje, a które tylko zwyczaj w aptekach praktykowany celem utrzymania porządku w recepturze obecnie w normę zamieniło, jest zapobiedz, o ile możności, myłkom ze strony personalu aptekarskiego, zamianom leków i innym niewłaściwościom, sprzeciwiającym się zasadom lecznictwa.

Jeżeliby zaś odmówiono aptekarzowi, który na równi z lekarzem obowiązanym jest do zachowania tajemnicy ze względu na wszystkie stosunki chorych, któreby do wiadomości jego doszły, wyjaśnienia ze strony osoby lek biorącéj, winien aptekarz naturalnie odstąpić od dalszych wywiadywań się, a natomiast winien się starać z tem większą ostrożnością, uwagą i sumiennością, pełnym odpowiedzialności obowiązkom swego powołania w inny sposób zadość uczynić.

Tak wzmiankowane postanowienie, jak i postanowienie § 6, według którego lek dla pewnéj osoby przepisany tylko dla téj saméj osoby powtórnie wydanym być winien, w końcu postanowienie § 7, według którego zabroniono wydawać leki za kopią recept, dowolnie lub bez dostatecznego uzasadnienia sporządzane, mają zapobiegać licznym nadużyciom z receptami lekarskiemi i stąd pochodzącym niewłaściwościom sanitarno-policyjnym, a ewentualnie i szkodzie na zdrowiu; nie mają jednak bynajmniéj na celu utrudniać publiczności prawidłowego zaspakajania potrzeb leczniczych.

Ponieważ mylne, albo i tendencyjnie złe pojmowanie powyższych postanowień ze strony powołanych fachowych osobistości, stałoby na przeszkodzie osiągnięciu właściwego celu, zawiadamia się o tem Pana na podstawie reskryptu wys. c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 19 stycznia 1890 l. 1169 z poleceniem, aby o tem zawiadomił wszystkich w powiecie zamieszkałych aptekarzy i lekarzy.

Lwów, dnia 30 stycznia 1890. W zastępstwie: *Lidl.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 20 lutego. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lekarskiego wybrano członkami czynnymi Drów Samuela Aronsohna, Adolfa Becka, Antoniego Gabryszewskiego i Walerego Momidłowskiego; poczem kol. Lustgarten przedstawił dziecko ze *spina bifida* z porażeniem nóżki lewéj; kol. prof. Rydel opowiedział przypadek wyjęcia odłamka stali z ciałka szklanego za pomocą elektromagnesu i przedstawił chorego; kol. Hempel okazał preparat z chorego, u którego nowotwór mięsakowy z okostny uda szerzył się ku kości łonowéj, a drogą przerzutów uogólniony został prawie w całym organizmie; wreszcie kol. prof. Gluziński streścił swoje spostrzeżenia nad influenzą.

* We wtorek otwarty został drugi z rzędu Dom zdrowia w Krakowie. Jest on własnością pp. Dra med. Lustgartena, znanego praktyka tutejszego, i Mra. farmacyi Wilczyńskiego, i przez nich po zapoznaniu się z publicznemi zakładami zagranicznemi wykwintnie został urządzony. Znajduje się w dzielnicy V-téj przy ulicy świętéj Agnieszki pod l. 5; obszerny to dom 2 piętrowy, w całości przeznaczony dla chorych, a mający nadto mały ogród letni. Urządzenie szczegółowe odpowiada wszelkim wymogom higijenicznym oraz potrzebom leczniczym. Łazienka, zaopatrzona w wanny porcelanowe, drewniane i cynkowe, jak niemniéj w tusze, nadaje się najzupełniéj tak do kąpieli leczniczéj jakoteż do kuracyi wodoleczniczéj. Obszerna sala operacyjna z bardzo dobrem oświetleniem tak dziennem jak sztucznem, zaopatrzoną jest w wszelkie odpowiednie przyrządy, sprowadzone z najpierwszych fabryk i urządzone z uwzględnieniem najnowszych postępów nauki. Istnieje wreszcie czytelnia wspólna dla wyzdrowieńców i osób chorym towarzyszących, oraz biblijoteka podręczna. W pokojach przeznaczonych dla chorych przy względnym komforcie przestrzegana jest wzorowa czystość; przybory do łóżek z najlepszego są materyjału. W całym domu jednostajna panuje ciepłota; wszystkie korytarze i ganki są ogrzane i oszklone. Dla ułatwienia usługi wszystkie pokoje połączone są dzwonkami elektrycznemi i telefonami tak z pokojem służby zakładowéj, jakoteż z kuchnią w suterenach umieszczoną. Na żądanie zakład dostarcza żywności według najściślejszego rytuału żydowskiego, sporządzonéj w kuchni oddzielnéj, o ile to sprzeciwiać się nie będzie ordynacyi lekarskiéj. Kuchnia ta oraz śpiżarnia i piwnica pozostają pod nadzorem tutejszego rabinatu. Cena pokoju oddzielnego z żywnością, opałem, światłem, usługą, opieką lekarską i prawem korzystania z łazienki, czytelni itd. wynosi 4—8 złr.

w miarę wielkości pokoju. Chorym zostawia się zupełną swobodę wzywania lekarza ordynującego; kierownik lekarski przyjmuje tylko w takim razie nadzór nad ścisłem wykonywaniem jego zleceń.

Celem zwidzenia zakładu całkiem gotowego pp. właściciele zaprosili kilkudziesięciu lekarzy tutejszych, oraz liczne inne osoby nielekarskie, a głównie Prezydenta miasta i podejmowali gościnnie przybyłych. Na powodzenie pięknego zakładu, dla którego właściciele nie szczędzili kosztów znacznych, posypały się liczne toasty; pierwszy wniósł p. Prezydent miasta, następne rektor Uniw. Jagiell, Prezes Tow. lekarskiego, inni licznie zebrani profesorowie i docenci Uniwersytetu oraz lekarze praktykujący. Dopiero koło północy zebrani opuścili zakład, wynosząc bardzo miłe wrażenie i życząc, aby zakład tak piękny prosperował. Z naszéj strony łączymy się z temi życzeniami, w przekonaniu, że pp. właściciele oddali usługę nietylko cierpiącym, ale i miastu naszemu, a może najwięcéj prowincyi, zkąd dla dotychczasowego braku podobnych zakładów w kraju chorzy zamożniejsi pomimo woli częstokroć zmuszeni byli udawać się do Wiednia, aby tam szukać wyzdrowienia za bardzo drogie pieniądze.

Miło nam dodać wreszcie, że pp. właściciele na pamiątkę otwarcia zakładu złożyli na ręce Prezesa Tow. lek. kwotę 100 złr. na stanąć mający dom Tow. lekarskiego.

* Nad obecną epidemią influenzy zaczynają się obecnie odbywać badania zbiorowe we wszystkich prawie państwach. Komisyje statystyczne zbierają materyjały dotyczące przez rozsyłanie lekarzom kwestyjonarza, w którym należy tylko wypełnić krótko odpowiedzi na postawione zapytania, a odpowiedzi te mają się opierać na osobistem doświadczeniu łekarza na przypadkach téj choroby li tylko z zakresu jego własnéj praktyki. Oczywistą jest rzeczą, że wynik takiego zbiorowego badania będzie tem dokładniejszy i będzie miał tem większą tak naukową jak i statystyczną wartość, im większa liczba lekarzy zechce się niemi zainteresować i nadesłać na te pytania odpowiedzi. Rzecz cała nie zajmie nikomu wiele czasu, gdyż odpowiedzi powinny być zwięzłe i ściśle się odnosić do postawionych pytań.

Aby i nasza prowincyja nie pozostała w tyle za innemi i dołożyła nie jednę cegiełkę do całéj budowy, zajęli się tą sprawą koledzy: Adamkiewicz, Obaliński, Pareński i Paszkowski i rozsyłają kwestyjonarz taki, prosząc Szan. Kolegów, aby im nie odmówili swéj pomocy i ile można jak najrychléj odsyłali go z podanemi odpowiedziami.

* Przed zamknięciem Numeru dowiadujemy się o śmierci Dra Bolesława Lutostańskiego, b. współpracownika i redaktora „Przeglądu Lekarskiego". Pamięci zmarłego poświęcimy późniéj słów kilka.

* W ostatnim zeszycie *klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* donosi Dr. Nikolsky o jubileuszu 25-letniego doktoratu Dra J. Talki, który uroczyście obchodzili koledzy w Jarosławiu n/W dnia 26-go października 1889 r. Przemówili przy téj sposobności podnosząc zasługi jubilata okulista Kacaurów i radzca stanu Nikolsky.

* Dr. Lutz, były asystent w klinice Unny w Hamburgu powołany został przez rząd hawajski do Honolulu, celem studyjowania i leczenia trądu. Z nim wyjeżdża siostra miłosierdzia Róża Gertruda, córka pastora anglikańskiego, która niedawno przeszła na wiarę katolicką i wstąpiła do zakonu, celem pielęgnowania trądowatych.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Heidelberg.** Asystent kliniki chir. Dr. Herczel habilitował się jako docent chirurgii. — **Monachijum.** Dr. Prausnitz potwierdzony został jako docent higijeny. — **Petersburg.** Prof. Erismann w Moskwie nie przyjął ofiarowanéj sobie pod świetnemi warunkami katedry higijeny w Akademii wojsk. lek. Drowie Jaworski i Majew habilitowali się w Akademii lek., pierwszy jako docent statystyki i geografii lekarskiéj, ostatni syfilidologii.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 7: Matlakowskiego: O bąblowcu sieci; Brunnera: Przyczynek do kazuist. zwyrodnienia pęczków piram. mózgowia; Sokołowskiego: Uwagi nad charakterem influenzy w Warszawie (c. d.) — W *Medycynie* Nr. 7: Szwajcera: Influenza w Warszawie (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 149. **KONKURS.**

Gmina kr. woln. miasta Mikołajowa w powiecie Żydaczowskim rozpisuje niniejszem konkurs na opróżnioną posadę lekarza miejskiego, w któréj miejscowości jest także siedziba c. k. Sądu powiatowego.

Z tą posadą, która nadaną zostanie prowizorycznie, połączona jest płaca rocznych 600 zlr., tudzież część dochodów za oględziny bydła na rzeź przeznaczonego. PPDrowie wszech nauk lekarskich otrzymają pierwszeństwo.

Obowiązkiem lekarza miejskiego będzie w gminie miasta Mikołajowa wykonywać wszelkie czynności lekarskie i sanitarne, odnoszące się do policyi zdrowia tak we własnym zakresie gminy, jako też i w poruczonym jéj zakresie, również oględziny ciał zmarłych, bezpłatne leczenie mieszczan Mikołajowskich i oględziny bydła na rzeź przeznaczonego.

Podania należycie udokumentowane należy wnieść do tutejszéj Zwierzchności miejskiéj najdaléj do 1 marca 1890.

W Mikołajowie dnia 9 lutego 1890.

25—3—2 Burmistrz: *Mickiewicz.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.